



# COVID-19

Пожалуйста, заполните, прежде чем приступить к работе сегодня.

Имя: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_

## 1) Имеются ли у вас какие-либо новые или ухудшающиеся симптомы из указанных ниже?\*

Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
	Высокая температура или температура или		Кашель		Затруднённое дыхание или одышка		Боль в горле, больно глотать
Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
	Заложенный нос / насморк		Снижение или потеря ощущения вкусов или запахов		Тошнота, рвота, понос		Плохое самочувствие, очень сильная усталость, боль в мышцах

## 2) Были ли вы в тесном контакте с кем-либо, у кого был подтвержден или подозревается COVID-19, без соответствующих СИЗ? Да Нет

## 3) Выезжали ли вы за пределы Канады в течение предыдущих 14 дней? Да Нет

\*Если у вас есть какое-либо заболевание с аналогичными симптомами, вы не должны отвечать «ДА», кроме случаев появления новых, других симптомов или их ухудшения. Обращайте внимание на изменение ваших обычных симптомов.

Если вы ответили «ДА» на любой из этих вопросов, возвращайтесь домой и самоизолируйтесь. Позвоните в службу Telehealth или своему лечащему врачу, чтобы узнать, следует ли вам пройти тест.

Если на все эти вопросы вы ответили «НЕТ», можете идти на своё рабочее место/приступить к работе.

Следующие вопросы используются для скрининга на COVID-19 до прибытия на рабочее место (на предприятии или в организации) в соответствии с требованиями Распоряжения Онтарио 364/20. Их также можно использовать для иных действий.